Rok XLVIII. Kraków, dnia 20. listopada 1909. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni Prof. J. Miecznikowa w Zakładzie Pasteura w Paryżu.

O naturze substancyi, wywołujących odczyn Wassermanna w surowicach chorych na kiłę i królików, zarażonych świdrowcami.

Podał

Dr Stefan Mutermilch.

Odczyn Wassermanna dla rozpoznania przymiotu przechodził dziwne koleje: wyprowadzony logicznie ze zjawisk odpornościowych, przy bliższej jednak krytyce coraz bardziej się od nich oddala. Najwybitniejszym rysem zjawisk odpornościowych jest ich swoistość; dla wykonania np. odczynu Bordeta i Gengou, na podstawie którego zbudowany został odczyn Wassermanna, antygen i niwecznik (*anticorps*) muszą być jednakowej natury, to jest: dla wykrycia niweczników durowych należy się posiłkować zawiesiną lub wyciągiem z laseczników Ebertha, dla niweczników cholerycznych — z przecinkowców Kocha i t. p.

Tymczasem Levaditi i Marie (1) i Landsteiner (2) spostrzegli, że surowice chorych kiłowych i płyny mózgowo-rdzeniowe chorych parasyfilitycznych dają odchylenie komplementu nietylko z wyciągami z narządów swoistych, jak to pierwszy zauważył Wassermann ze swymi współpracownikami, lecz także z wyciągami z narządów prawidłowych, a nawet, jak następnie zauważyli Landsteiner, Müller i Poetzl (3), Levaditi i Marie, Levaditi i Yamanouchi (4), z alkoholowymi wyciągami z narządów swoistych i prawidłowych, a także z lecytyną i z innemi ciałami chemicznie czystemi. Zjawisko to zauważono następnie i w innych chorobach zakaźnych, jakoto w świdrowicach (*trypanosomiasis*) królików (Landsteiner, Müller i Poetzl) (5), w płonicy (Eichelberg i Much) (6), w zimnicy, w trądzie (Wechselmann i Meier) (7).

Żeby objaśnić ten fakt, zdający się zadawać kłam ogólnie przyjętemu prawu swoistości w odporności, należy wziąć pod rozwagę następujące trzy przypuszczenia: 1) Możnaby przypuścić, że istnieją dwa rodzaje niweczników: takie, które wiążą aleksynę tylko po poprzedniem połączeniu się z odpowiednim swoistym antygenem (w znakomitej większości chorób zakaźnych), i takie, które nie wymagają tej swoistości (przymiot, trąd itd.). 2) Według Weila i Brauna (8) i Toyosumi (9), w pewnych chorobach zakaźnych tworzą się antycytotoksyny dla komórek, zniszczonych przez sprawę patologiczną i następnie wessanych i odczyn Wassermanna jakoby odkrywał te właśnie antycytotoksyny. 2) Możnaby wraz z Levaditim przyjąć, że zapomocą odczynu Wassermanna nie odkrywamy niweczników kiłowych, lecz pewne substancye, nieznanej dotychczas natury, które mają własność wiązania komplementu w obecności lipoidów.

To zagadnienie, bezwątpienia doniosłego znaczenia, starałem się rozstrzygnąć zapomocą metody przesączania przez błony kolodyonowe.

W komunikacie swym, podanym na posiedzeniu Akademii umiejętności w Paryżu z dnia 12. X. 1908, doniósł Frouin, że hemolizyny, otrzymane z uodporniania zwierząt krwinkami, przechodzą przez woreczki kolodyonowe, nic nie tracąc na sile.

Zapomocą tej samej metody filtrowania przez woreczki z kolodyum przy ciśnieniu rtęciowem 40—50 mm, zauważyłem, że wszelakie inne niweczniki z łatwością przechodzą przez błony kolodyonowe; próby moje dotyczyły niweczników cholerycznych, hemolizyn normalnych i sztucznych, antytoksyny tężcowej, substancyi trypanobójczych i aglutynacyjnych dla rozmaitych ras świdrowców (Nagana, Surra, Gambiense). Przesączając w tych samych warunkach surowice i płyny mózgowordzeniowe kiłowe, otrzymałem przesącze, nie dające nigdy dodatniej próby Wassermanna. Oto jeden z licznych przykładów:

Antygen alkoholowy wyciąg wątroby kiłowej	Surowica swoista	Surowica przed przesączeniem	Przesącz	Reszta pozostała w woreczku
0,1	0,1 } 1/10	1 częściowa hemoliza	10 całkowita	16 ślad hemolizy
0,1	0.5 } 1/10	2 zero	11 idem	17 zero
0,1	0,1	3 zero	12 idem	18 zero
0,1	—	4 całkowita „		
—	0,1 } 1/10	5 całkowita „	13 idem	19 całkowita
—	0.5 } 1/10	6 całkowita „	14 idem	20 idem
—	0,1	7 całkowita „	15 idem	21 idem
—	—	8 całkowita „		
—	—	9 zero		

Jak widzimy z tego doświadczenia, surowica chorego przed przesączeniem dała oczywisty dodatni odczyn Wassermanna, przesącz dał odczyn ujemny, reszta zaś surowicy pozostałej w woreczku zachowała, a nawet ilościowo przybrała własności surowicy kiłowej. To odrębne zachowanie się surowicy przymiotowej od surowic w innych chorobach zakaźnych, jeszcze nie jest niezbitym dowodem, że zapomocą próby Wassermanna nie odkrywamy właściwych niweczników przymiotowych; takim dowodem byłoby dopiero doświadczenie, wykazujące, że zapomocą przesączania przez woreczki kolodyonowe możemy oddzielić istotne niweczniki przymiotowe od banalnej Wassermannowskiej substancyi. Ponieważ nie posiadamy dotychczas żadnej metody, pozwalającej wykryć niweczniki przymiotowe, zwróciłem się więc do innej choroby, do świdrowicy królików; surowice tych zwierząt dają często dodatnią próbę Wassermanna (doświadczenia Landsteinera), z drugiej zaś strony zawierają substancye trypanobójcze, dające się z łatwością wykryć *in vitro* przy zmieszaniu surowicy z krwią, zawierającą świdrowce i substancyę uczulającą (»substance sensibilisatrice« Bordeta), którą udało nam się wraz z Levaditim([10]) wykryć u świnek morskich, zakażonych rozmaitymi gatunkami świdrowców (Nagana, Surra, Gambiense), zapomocą specyalnej metody przygotowania antygenu w formie zawiesiny świdrowców w fizyologicznym rozczynie soli.

Przygotowawszy więc dwa antygeny: jeden nieswoisty (alkoholowy wyciąg z wątroby płodu kiłowego, stale używany w Zakładzie Pasteura dla wykonania próby Wassermanna), i drugi swoisty (zawiesinę świdrowców w rozczynie soli kuchennej), poddałem surowice królików, zarażonych świdrowcami, na 10—15 dzień po zakażeniu, przesączeniu przez woreczki kolodyonowe. Surowicę przed przesączeniem, przesącz i resztę surowicy, pozostałej w woreczku, zarówno jak jedną surowicę normalną, poddano z jednej strony odczynowi Wassermanna (Landsteinera), z drugiej zaś — próbie Bordeta i Gengou.

Oto odpowiednia tablica.

Próba Bordet i Gengou.

Zawiesina świdrowców	Surowica królika Nr 70, zakażonego tryp. Nagana	Surowica przed przesączeniem	Przesącz	Reszta surowicy pozostałej w woreczku	Surowica królika normalnego
0,5	0,1 } 1/100	1 prawie całk.	13 całkowita	23 częściowa	33 całkowita
0,5	0,5 }	2 zero	14 całkowita	24 zero	34 id.
0,5	0,1 } 1/10	3 zero	15 częściowa	25 zero	35 id.
0,5	0,5 }	4 zero	16 zero	26 zero	36 id.
0,5	0,1	5 zero	17 zero	27 zero	37 id.
0,5	0,2	6 zero	18 zero	28 zero	38 id.
0,5	—	7 całkowita			
—	0,1 } 1/10	8 całkowita	19 całkowita	29 całkowita	39 id.
—	0,5 }	9 całkowita	20 całkowita	30 całkowita	40 id.
—	0,1	10 całkowita	21 całkowita	31 całkowita	41 id.
—	0,2	11 częściowa	22 całkowita	32 częściowa	42 id.
—	—	12 całkowita			

Próba Wassermanna.

Alkoholowy wyciąg wątroby kiłowej	Surowica królika Nr 70	Surowica przed przesączeniem	Przesącz	Reszta surowicy pozostałej w woreczku	Surowica królika normalnego
0,1	0,1 } 1/10	1 zero	6 całkowita	10 zero	14 całkowita
0,1	0,5 }	2 zero	7 całkowita	11 zero	15 całkowita
0,1	0,1	3 zero	8 całkowita	12 zero	16 całkowita
0,1	0,2	4 zero	9 całkowita	13 zero	17 całkowita
0,1	—	5 całkowita			

Doświadczenie to wskazuje, że zapomocą przesączenia przez błony kolodyonowe można oddzielić swoisty niewecznik, który wywołuje zjawisko Bordeta-Gengou w obecności antygenu świdrowcowego, od substancyi nieswoistej, dającej odczyn Wassermanna-Landsteinera w obecności lipoidów. Na wyżej przytoczonej tablicy spostrzegamy pewną różnicę pomiędzy siłą surowicy przed przesączeniem a przesączem; jednakże zjawiska tego nie należy objaśniać utratą substancyi uczulającej podczas przesączania, lecz tym faktem, że zawiesina świdrowców, jak zawiesina jakichkolwiek komórek, zawierających lipoidy, może wywołać także zjawisko Wassermanna, mamy więc tu do czynienia z sumą dwu substancyi: niewecznika Bordet-Gengou i nieswoistej substancyi Landsteinera (Wassermanna).

Że próba Wassermanna nie wykrywa substancyi, znajdujących się i w surowicach prawidłowych, lecz wzrastających ilościowo podczas pewnych spraw patologicznych, zdaje się dowodzić następujące doświadczenie: Poddawszy dwie prawidłowe ludzkie i kilka prawidlowych króliczych surowic przesączeniu przez woreczki kolodyonowe, starałem się w ten sposób przez zredukowanie surowicy w woreczku, wzbogacić ją w hypotetyczne substancye czynne; próby moje jednak w tym kierunku były bezowocne, nawet przy zredukowaniu surowicy 6—10 razy pierwotnej objętości.

Powyższe doświadczenia dowodzą, że próba Wassermanna w przymiocie nie wykrywa prawdziwych niweczników, skierowanych przeciwko krętkowi blademu; poza tem wskazują one, że hypoteza Weila i Brauna nie jest dopuszczalna, gdyż cytotoksyny, zarówno jak hemolizyny, powinny bez trudności przechodzić przez błony z kolodyum. W braku więc innej lepszej hypotezy, należy skłaniać się raczej ku fizyczno-chemicznej teoryi Levaditiego, podanej na początku niniejszej pracy.

Piśmiennictwo. 1) Levaditi i Marie. C. R. de la Société de Biologie. T. LXII, 1907, str. 872. — 2) Landsteiner, Müller i Poetzl. Wiener

Przyrząd do przesączania przez woreczek kolodyonowy zestawiałem w sposób następujący. Szerszą rurkę szklaną z przymocowanym u dołu woreczkiem kolodyonowym, zawiesza się w szerszej probówce zapomocą korka z waty. Rurkę z woreczkiem zamyka się u góry korkiem kauczukowym, przez który wprowadza się rurkę szklaną w formie litery T; u lewego ramienia tej rurki przymocowywałem manometr, u prawego zaś balonik kauczukowy. Płyn, poddawany przesączeniu, wlewa się do woreczka; ciśnienie, wywołane zapomocą naciskania balonika i mierzone zapomocą manometru, przesącza płyn do probowki.

klin. Wochenschr. 1907, Nr 50. — 3) Ciż sami. Wiener klin. Woch. 1907, Nr 46. — 4) Levaditi i Yamanouchi. C. R. Soc. de Biologie. T. LXIII, str. 740. — 5) Loc. cit. — 6) Eichelberg i Much. Medizinische Klinik. 1908, Nr 18. — 7) Wechselmann i Meier. Deutsche med. Woch. 1908, str. 1340. — 8) Weil i Braun Wiener klin. Woch. 1909, Nr 11. — 9) Togosumi. Wiener klin. Woch. 1909, Nr 21. — 10) Levaditi i Mutermilch. Zeitschr. für Immunitätsforschung. 1909, vol. V, fasc. 6.

Z pracowni Sanatoryum w Zakopanem.

Badania krwi wedle metody Arnetha wogóle, a w szczególności w gruźlicy.

Podali

K. Dłuski i M. Rozpędzihowski.

(Według wykładu na Zjeździe balneologów polskich w kwietniu 1909).

(Ciąg dalszy).

Wracamy do obrazu Arnetha. — Tu z góry musimy zwrócić uwagę na niektóre ważne punkta jego teoryi, na które zresztą sam kładzie nacisk, a to z tego względu, że w polemice, jaką ona wywołała, przeciwnicy nie uwzględnili dostatecznie zasadniczych myśli jej twórcy. — Arneth przedewszystkiem wyraźnie zaznacza, że swego obrazu prawidłowego nie uważa bynajmniej za niezmiennie stały. Przeciwnie, w prawidłowych nawet warunkach fizyologicznych obraz »neutrofilowy« może podlegać znacznym wahaniom. Tak bywa n. p. w okresie porodu, gdzie obraz Arnetha znacznie się zmienia przed, podczas lub po porodzie. Również bardzo zmiennym jest obraz ten u noworodków, gdzie pod wpływem drobnych bodźców, jak n. p. wyprysk na skórze, może znacznie przesunąć się na lewo Na tę okoliczność kładzie mocny nacisk Żeleński. — Jako granicę takich wahań w warunkach prawidłowych przyjmuje Arneth 15%. Tym sposobem prawidłowym jeszcze będzie obraz krwi, gdzie w I. i II. kl. znajdziemy 55%, zamiast 40%.

Dalej, stawiając jako zasadniczą cechę swego obrazu, przesuwanie się na lewo w stanach chorobowych [3]), wskutek znikania w walce ustroju z zakażeniem postaci najbardziej dojrzałych, znajdujących się w klasach wyższych, — zaznacza Arneth niejednokrotnie, że niema obowiązkowej równoległości między stopniem zakażenia ustroju, a stopniem przesunięcia się obrazu na lewo. Innemi słowy, każda choroba, niezależnie od jej ciężkości i rozmiarów zaburzeń w ustroju, ma swój właściwy obraz neutrofilowy. Zapewne, jest to słaba strona teoryi Arnetha, zawierająca sprzeczność z samemi zasadami, na których jest zbudowana. Logicznie bowiem wypada, że im większe zakażenie, tem silniej musi się bronić ustrój, a im silniej się broni, tem więcej musi stracić »regularnych żołnierzy«, t. j. dojrzałych, wielojądrzastych ciałek, tem samem zaś obraz musi znaczniej przesunąć się na lewo. Ale tę słabą stronę swej teoryi, tę swoistość neutrofilnego obrazu chorobowego Arneth wyraźnie podkreśla. Nie można mu więc robić zarzutu, że dzieje się inaczej, niżby wypadało z założenia teoryi Miecznikowa i z założenia samego autora, dotyczącego stopniowego rozwoju leukocytów »neutrofilnych«. Faktem jednak pozostaje, że zarówno w badaniach Arnetha, jak całego szeregu innych autorów, obraz »neutrofilny« w takich lekkich chorobach, jak n. p. odra lub różyczka, bywa znacznie więcej przesunięty na lewo, niż w takich wybitnie zakaźnych chorobach, jak błonica, płonica lub róża. Fakt ten jest dziwny, gdyż bezpośrednio zeń wypada, iż ciężkie zakażenia ustroju wywołują w układzie krwi zaburzenia lżejsze, niż lekkie zakażenia. Jest to paradoks. Są jeszcze bardziej słabe strony w teoryi Arnetha. Przyjmując bowiem tę »swoistość« obrazu chorobowego, niezależnie od stopnia »zakaźności« danej choroby powinnibyśmy konsekwentnie widzieć przesunięcie się na lewo lub na prawo, stosownie do polepszenia lub pogorszenia stanu chorego. Dalej, w miarę przebiegu choroby, w kierunku złym lub pomyślnym, powinnibyśmy znajdować pewną harmonię między stopniem pogorszenia lub polepszenia stanu chorobowego z jednej strony, a stopniem przesunięcia obrazu »neutrofilowego« na lewo lub na prawo z drugiej. Taki wniosek »a priori« wypada z teoryi Arnetha Autor przyjmuje go »a posteriori«, jako wynik swych własnych badań w całym szeregu chorób zakaźnych, a w szczególności w gruźlicy, i na nim opiera wielce doniosłe pod względem klinicznym twierdzenie, a mianowicie: Przesunięcie się obrazu na lewo, — pomijając już jego znaczenie rozpoznawcze w przypadkach dobrego na pozór zdrowia, — ma wielkie znaczenie pod względem rokowania, gdyż, wedle autora, większe lub mniejsze w szeregu badań krwi przesuwanie się na lewo świadczy o ewentualnym gorszym lub lepszym przebiegu choroby. Jednem słowem, wedle Arnetha w tej samej chorobie zachodzi pewna równoległość i pewna harmonia między kierunkiem, jaki ona przyjmuje lub przyjmie, a wielkością zmian, jakie zachodzą w obrazie neutrofilowym. Swemu obrazowi »neutrofilowemu« przypisuje Arneth ważną rolę w rokowaniu. Na pytanie, czy tak jest, odpowiemy naszemi własnemi badaniami u gruźliczych. Tutaj pobieżnie chcielibyśmy zaznaczyć, że z szeregu badań różnych autorów, a nawet samego Arnetha wynika, iż takiej roli obrazowi Arnetha w zupełności przypisywać nie można, gdyż właśnie niema tej harmonii między klinicznym przebiegiem różnych chorób zakaźnych, a wahaniami w obrazie »neutrofilowym«, o jakiej mówi Arneth. Z dostępnego nam piśmiennictwa widzimy, że harmonia taka daje się stwierdzić chyba najwięcej w zakażeniach ginekologicznych i w zapaleniach wyrostka robaczkowego Z bardzo ciekawej, opartej na licznych badaniach pracy Kothego wynika, że obraz Arnetha może istotnie służyć za wskaźnik dla przebiegu choroby, rokowania i sposobu leczenia. Kothe twierdzi, że jeśli w I. klasie ilość neutrofilów nie przekracza 16—20%, to nawet przy leukocytozie 20—22.000 należy — wbrew panującym na podstawie teoryi Curschmanna poglądom — wstrzymać się od zabiegu chirurgicznego, gdyż przebieg choroby będzie pomyślnym. Twierdzenie swoje popiera Kothe faktami i liczbami. Tak samo ma się rzecz z zakażeniami ginekologicznemi. Szereg autorów, jak Wolff, Graefenberg, Bocheński, Kownatzki i inni, na podstawie swych licznych badań, dotyczących bardzo różno-

[3]) Z wyjątkiem tężca i porażenia Landryego, gdzie obraz jest prawidłowy, co Arneth tłómaczy szczególnem powinowactwem odnośnych toksyn do komórek nerwowych. Toksyny te pozostawiają układ krwi nietkniętym.

rodnego materyału, dochodzą do wniosku, że metoda Arnetha oddaje wielkie usługi pod względem rokowania w bardzo nawet powikłanych stanach chorobowych. Ponadto jednak autorowie ci uczynili niemal jednozgodnie bardzo ważne spostrzeżenie, że obok układu neutrofilowego, wielką rolę w rokowaniu odgrywa pojawienie się w większej ilości we krwi komórek eozynochłonnych i małych limfocytów. Pojawienie się tych postaci równorzędnie z polepszeniem układu neutrofilowego, wzgl. przesunięciem się obrazu na prawo ma rozstrzygać o pomyślnem rokowaniu. Autorowie kładą wielki nacisk na swe spostrzeżenie, widząc w niem niejako uzupełnienie teoryi Arnetha. Do tej sprawy jeszcze powrócimy.

Teraz przechodzimy do gruźlicy. Najpierw chcielibyśmy pokrótce wspomnieć, jak sprawa ta przedstawia się w świetle badań różnych autorów, a następnie samego Arnetha. Zarówno przeciwnicy, jak i zwolennicy Arnetha stwierdzają jednomyślnie, że obraz neutrofilowy ulega w gruźlicy mniejszemu lub większemu uszkodzeniu. Gdy się jednak bliżej rozpatrzy poszczególne postacie gruźlicy, to z badań tak jednych, jak i drugich, wyłania się wniosek, że właśnie niema tej harmonii między stopniem uszkodzenia układu neutrofilowego, a nasileniem zakażenia oraz przebiegiem sprawy chorobowej o jakiej mówi Arneth, Nie będziemy się wdawać w cały szereg szczegółów; przytoczymy tylko jaskrawsze przykłady z dostępnego nam piśmiennictwa. Flesch i Schossberger badając rozmaite postacie gruźlicy u dzieci, znajdują w względnie lekkich przypadkach przewlekłej gruźlicy płuc układ neutrofilowy mniej uszkodzony, niż np. w gruźliczem zapaleniu opon lub otrzewnej. W tych ostatnich przypadkach badania ich stwierdziły obraz Arnetha, albo zupełnie prawidłowy, albo do tegoż bardzo zbliżony (pamiętając, że granice prawidłowego obrazu wedle samego Arnetha mogą dochodzić do 55% w I i II klasie). I tak, znajdują oni w I i II kl. 54% w gruźliczem zapaleniu otrzewnej i 43% w gruźliczem zapaleniu opon. Jest to wynik zaiste paradoksalny! Arneth usiłuje wytłómaczyć prawidłowy obraz w gruźliczem zapaleniu opon tem, że jestto choroba przewlekła. Ale takie rozumowanie pozbawione jest pozytywnych zasad krytyki, gdyż gruźlica całego szeregu narządów i tkanek: płuc, gruczołów, stawów, kości i t. d. ma charakter przedewszystkiem przewlekły. Wśród zaś tych różnych postaci zapalenie opon należy — zaprzeczyć się nie da — chyba do najcięższych. Tak samo Pauliček znajdował w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc, powikłanej ostrem gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, które doprowadziło szybko do zejścia śmiertelnego, 51% w I i II kl na 8 godzin przed śmiercią. I ten wynik paradoksalny usiłuje wytłómaczyć Arneth, ale już innymi argumentami. Utrzymuje on, iż w ciągu dłuższego trwania gruźlicy płuc, zdołały narządy krwiotwórcze do tego stopnia wyćwiczyć się w swej czynności, że przy pojawieniu się zapalenia opon mózgowych »odpowiedziały zaledwie nieznacznem uszkodzeniem obrazu«, a następnie jeszcze przypuszcza, że gruźlica płuc i gruźlica opon mózgowych »mogą dla wywołania zmian w układzie krwi działać na siebie antagonistycznie«. Jest to rozumowanie całkowicie dowolne, ale przypuszczając nawet, wbrew wszelkim danym klinicznym, że Arneth może mieć słuszność, jak sobie wytłomaczyć przypadek Paulička, gdzie sekcya wykazała rozsianą gruźlicę w płucach, opłucnej, wątrobie, nerkach, jelitach i w gruczołach oskrzelowych, krezkowych i szyjnych i gdzie na 17 dni przed śmiercią znajdujemy 55% w I i II kl., na tydzień zaś 63% przy 9500 leukocytach, gdy u niegorączkujących gruźliczych Arnetha (gruźlica płuc) znajdujemy 72—88% w I i II kl.! Tymczasem zaś Arneth stawia jako stałe prawo dla gruźlicy, że w rozsianej gruźlicy prosówkowej, dla względów zrozumiałych, układ neutrofilowy musi doznawać najznaczniejszego uszkodzenia, przy znacznej leukopenii (2—3000), na skutek masowego niszczącego działania laseczników w samem łonie krwi.

Ale sprzeczności, jakie spotykamy u różnych autorów, dają się dostrzegać w badaniach krwi u gruźliczych, dokonanych przez samego Arnetha. Już w samem założeniu Arnetha widzimy sprzeczności. Raz powiada on, że gruźlica należy do chorób zakaźnych, gdzie zmiany układu neutrofilowego bywają minimalne i to z powodu przystosowania się ustroju do zarazka, tak że w żadnej innej chorobie ustrój nie może tak długo stawić czoła zakażeniu, względnie gorączce, jak właśnie w gruźlicy. Ta druga połowa zdania, jak wiadomo z kliniki, jest słuszną. Ale nawet i pierwsza mogłaby być słuszną, gdyby nie ta okoliczność, że Arneth niejednokrotnie wypowiada zdanie wręcz przeciwne, a mianowicie, że gruźlica należy do rzędu chorób wybitnie zakaźnych i wywołuje ogromne zmiany w układzie neutrofilnym [4]). Nie będziemy się wdawali w różne szczegóły, wychodzące poza ramy naszego sprawozdania. Zaznaczamy jednak pokrótce, że Arneth dzieli gruźlicę płuc, ze względu na zmiany swego obrazu, na 3 duże działy: 1) gruźlica prosówkowa, 2) postacie ostre lub podostre o szybkim przebiegu z wysoką gorączką, 3) postacie przewlekłe: *a*) bez gorączki, *b*) z dużemi jamami i z gorączką. O zmianach obrazu, jakie powinny zachodzić w gruźlicy prosówkowej, mówiliśmy już wyżej. O większem lub mniejszem uszkodzeniu układu neutrofilnego co do 2) i 3) rozstrzygają, wedle Arnetha, przedewszystkiem gorączka i zakażenie wtórne, u niegorączkujących zaś ilość wydzielanej ropnej plwociny, która pochłania odpowiednio znaczne ilości »neutrofilów«, od najstarszych, rzecz jasna, poczynając. Nie możemy rozstrzygać, czy istotnie ilości wydzielanej plwociny znajdują się w równoległości z przesunięciem obrazu na lewo, gdyż Arneth nie podaje odpowiednich liczb co do ilości plwociny. Natomiast rola gorączki przy uszkodzeniu obrazu neutrofilnego wydaje się nam w badaniach Arnetha zupełnie niejasną. Widzimy bowiem z zestawienia liczb Arnetha u niegorączkujących średnio 72—88% w I i II kl., u chorych zaś ze znaczną gorączką 75—95%. Różnice więc są tak nieznaczne, że o harmonii między nasileniem gorączki, a zmianami w obrazie chyba mówić nie można.

Sprzeczności zaś takie spotykamy nietylko w samem założeniu. Widzimy je w całym szeregu poszczególnych przypadków. Pozwolimy sobie przytoczyć między innymi dwa przykłady. Jeden dotyczy przewlekłej gruźlicy płuc, gdzie ciężkie powikłanie w postaci zapalenia ze zserowace-

[4]) Porównaj między innemi: »Die weissen neutr. Blutkörperchen etc.« (Jena 1904) str. 151—2 i »Die Lungenschwindsucht auf Grundlage klinischer und experimenteller hämatologischer Untersuchungen« in »Zeitschr. f. die Tuberkulose« Bd. 7. Str. 314.

niem (*pneumonia caseosa*) pozostało bez żadnego wpływu na obraz neutrofilny. Drugi zaś dotyczy bardzo daleko posuniętej sprawy, z dużemi jamami, gdzie na 4 dni przed śmiercią widzimy tylko 73% w I i II kl. Powinnibyśmy znaleść chyba znacznie więcej, skoro u gorączkujących wypada średnio, wedle Arnetha, 75—95%. Przykładów podobnych moglibyśmy przytoczyć więcej, ale i te wystarczają.

Ale to nie przeszkadza Arnethowi wysnuwać daleko idące wnioski prognostyczne w gruźlicy płuc na podstawie zachowania się obrazu neutrofilowego.

Zmiana obrazu na lepsze lub na gorsze ma być wedle Arnetha, niemal pewnym wskaźnikiem dla oryentowania się w przebiegu gruźlicy, służyć za pewną wskazówkę dla rokowania.

Twierdzenie takie, stojące w sprzeczności z wynikami jego własnych badań, odnosi Arneth nietylko do chorych, leczonych zwykłą metodą higieniczno-dyetetyczną, ale przedewszystkiem do chorych, leczonych tuberkuliną Kocha.

Istotnie, z badań Arnetha, Uhla i Rövera, którzy stosowali starą i nową tuberkulinę Kocha, oraz surowicę Marmorka, wypada, że u chorych, leczonych tymi swoistymi środkami, zachowanie się obrazu neutrofilowego jest w większej harmonii z przebiegiem choroby niż u chorych, leczonych tylko klimatycznie.

Natomiast badania Kauffmanna, u chorych leczonych surowicą Marmorka, wykazują rażące sprzeczności między przebiegiem choroby, a obrazem Arnetha. Sprawa więc nie jest jasną. Dla jej rozstrzygnięcia niezbędnym jest znacznie większy materyał, znacznie większa ilość badań nad chorymi, leczonymi środkami swoistymi, niż dotąd. Z dostępnego nam piśmiennictwa wypada, iż liczba chorych, badanych w tym kierunku, wynosi okrągło 100.

Przechodzimy do naszych własnych badań. Tu pozwolimy sobie zauważyć, iż przy ocenie jakości obrazu, w samej terminologii Arnetha spotykaliśmy dość wybitne niedokładności. Dla łatwiejszego więc oryentowania się w obrazach Arnetha, wprowadziliśmy naszą własną klasyfikacyę. Jeśli ilość neutrofilów w I i II kl. nie przekracza 55% — obraz będzie prawidłowy (zgodnie z Arnethem)

od 55% do 70% — przejściowy
od 70% do 85% — zły
powyżej 85% — bardzo zły.

Zaznaczamy z góry, że klasyfikacya ta nie potrafi odeprzeć zarzutu, iż jest dowolną, ale ułatwi nam ocenę naszych własnych przypadków i w ramach przyjętych przez nas liczb pozwoli lepiej zoryentować się w tej powikłanej sprawie. Zgodnie z taką klasyfikacyą, przyjęliśmy jeszcze odpowiednie liczby dla określenia stopnia pogorszeń lub polepszeń układu neutrofilowego w miarę przesuwania się obrazu na lewo lub na prawo. I tak małemu pogorszeniu lub polepszeniu będzie odpowiadało przesunięcie się obrazu na lewo lub na prawo w I i II kl. w granicach 5% do 15%, znacznemu pogorszeniu lub polepszeniu powyżej 15%.

Materyał nasz obejmuje, oprócz 10 zdrowych, 102 chorych, u których łączna ilość badań wynosi razem 205 i rozpada się wedle poszczególnych grup na następujące liczby:

1. grupa	46 chorych	— badanie	jednorazowe — badań	46
2. »	35 »	»	dwurazowe »	70
3. »	21 »	»	trzyrazowe i więcej »	89
Razem	102 chorych.		Ilość badań	205

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

M. Simmonds. **O gruźlicy narządu rodnego u kobiet.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. 1). Na podstawie dokładnych badań u 80 kobiet, u których przy sekcyi znaleziono różne stopnie gruźlicy narządu rodnego, przekonał się autor, że pierwotna gruźlica narządu rodnego występuje rzadko (4: 80). Najczęściej występuje gruźlica narządu rodnego u kobiet, u których istniały stare zmiany gruźlicze w innych narządach (75: 80). Z poszczególnych części narządu rodnego najczęściej zajęte bywają jajowody, bo w $^1/_4$ przypadków one same, a w $^2/_3$ równocześnie z macicą; macica sama zajęta była tylko w $^1/_8$ przypadków. Zdaje się więc, że szerzenie się choroby zachowuje częściej typ zstępujący z jajowodów na macicę, aniżeli przeciwnie. Za częstszem pierwotnem zajęciem jajowodów przemawia i to, że największe zmiany anatomiczne bywają przy gruźlicy jajowodów w ich części brzusznej, a coraz mniejsze w odcinkach, bliższych macicy. Spostrzeżenia te przemawiają dalej za tem, że zakażenie narządu rodnego występuje na drodze krwionośnej, czasem może przejść z otrzewnej, a najrzadziej z zewnątrz. Gruźlica macicy ogranicza się zwykle na trzon, nie przechodząc na błonę śluzową szyjki; również rzadko przechodzi ona na jajniki (3: 80). Ciąża przyspiesza szerzenie się choroby; bardzo często jednak gruźlica narządu rodnego staje się przyczyną bezdzietności. — Rokowanie jest niekorzystne, gdyż zmiany szybko postępują w głąb ścian, a nadto przez przejście na otrzewnę, wywołują w krótkim czasie zejście śmiertelne (20: 80). — Rozpoznanie możliwe jest często dopiero na podstawie badań drobnowidowych mas, otrzymanych przez wyskrobanie macicy, lub przeszczepiania na zwierzęta. Tam, gdzie podejrzane są jajowody, a macica wolna, można się w rozpoznaniu upewnić przez wykonanie nakłucia od strony pochwy i przeszczepienie otrzymanej treści na zwierzęta. Pewne dane można także otrzymać z wywiadów (dziedziczność, stan zdrowia u męża) i badania całego ustroju. — Leczenie jest zawsze operacyjne, o ile tylko ogólny stan ustroju na to pozwala; nawet gruźlica płuc lub otrzewnej nie stanowią przeciwwskazania. Jeżeli zmiany macicy są powierzchowne, wystarczy czasem dokładne wyskrobanie błony śluzowej z następowem leczeniem powierzchni rannej, które jednak dla kontroli należy od czasu do czasu powtórzyć. Jeżeli jednak gruźlica zajęła już głębsze warstwy i przy wyskrobaniu odchodzą masy serowate, należy usunąć całą macicę i to najlepiej z jajowodami, nawet jeżeliby się jajowody przy obmacaniu wydawały prawidłowe; wiadomo przecież, że w 85% gruźlica macicy łączy się z gruźlicą jajowodów. — Przy zajęciu tylko jajowodów należy je zawsze usuwać obustronnie, nawet jeżeliby tylko jeden był zmieniony; o ile jajniki okażą się prawidłowe, usuwać ich nie potrzeba. *E. Ehrenpreis.*

Doc. Lichtenstein. **Przyczynek do techniki operacyi Schauty przeciw wypadnięciom.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. II.). Autor starał się wyszukać przyczynę powstawania nawrotów po operacyi wypadnięć macicy i pochwy metodą Schauty. Dotychczasowe tłómaczenie, jakoby przyczyną miała tu być zanikła macica (*atrophia ut.*), która nie stanowiąc dostatecznej podpory dla pęcherza moczowego, wywołuje po pewnym czasie ponowny pochwowy uchyłek pęcherza (*cystocele*), jest niewystarczające, nadto tłómaczenie to wyłączyłoby od tej tak zresztą polecenia godnej operacyi wiele przypadków wypadnięć, tak częstych u kobiet starszych, u których zanik macicy prawie zawsze się zdarza. Dwa przypadki, które wkrótce po wykonaniu operacyi Schauty skończyły się śmiercią (zator tętnicy płucnej), dały autorowi po dokładnem zbadaniu anatomicznem podstawę do przypuszczenia, że w przypadkach nawrotu wypadnięć nie chodzi o zanik macicy, lecz raczej o pewne niedokładności w technice operacyjnej. I tak przekonał się, że nawrot pochwowego uchyłka pęche-

rza stoi najprawdopodobniej w związku z nagromadzeniem się krwi z jednej strony między macicą, a pęcherzem moczowym, a z drugiej między przednią ścianą pochwy, a macicą. Aby temu zapobiedz, radzi L. oddzielać pęcherz w warstwie łącznotkankowej, słabo unaczynionej, a więc o ile możności blizko cebulki moczowej, przyczem należy się starać o jak najskrupulatniejsze tamowanie krwi. Pęcherz moczowy należy ściślej ustalić na macicy i to nie jednym szwem, lecz kilkoma; prócz pewniejszego ustalenia w ten sposób pęcherza, uniemożliwi takie zeszycie przez ścisłe przyleganie pęcherza do macicy nagromadzenie się krwi między niemi. Celem uniknięcia w końcu krwawień między pochwą a macicą, należy przy zaszyciu rany pochwowej przeprowadzić szwy przez samą macicę. *E. Ehrenpreis.*

Prof. Henkel. **O operacyjnem leczeniu znacznych przepuklin w linii środkowej brzucha.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. 3). O ile w lekkich przypadkach tych przepuklin wystarcza często dobrze dobrana opaska brzuszna, to tam, gdzie one dochodzą wielkich rozmiarów i wywołują znaczne dolegliwości, a nawet zupełną niezdolność do pracy, nie można się obejść bez operacyi. Chodzi tu zwykle o przepukliny, nabyte wskutek znacznego rozstępu mięśni prostych po porodach, a przedewszystkiem po źle prowadzonych połogach. Wychodząc z założenia, że przypadki te dotyczą najczęściej kobiet źle odżywionych, ze skąpą podściółką tłuszczową, u których cała ściana brzuszna, szczególnie w obrębie przepukliny, jest bardzo cienka, zaleca autor następującą metodę operacyjną: Odpowiednio do rozmiaru przepukliny cięcie poprzeczne przez jej środek aż do powięzi i utworzenie górnego i dolnego płatu skórno-tłuszczowego, przyczem najmniejsze nawet naczynia należy natychmiast podwiązać. Nastawiwszy następnie w obrębie utworzonej rany środkowe brzegi obu mm. prostych, przecina się przednią ścianę ich pochwy w odległości $^1/_2$—1 ctm od ich brzegu środkowego, w kierunku podłużnym, odpowiednio do długości całej przepukliny. Cięcia te, wykonane łukowato, łączą się ze sobą w górze i w dole. Teraz zeszywa się ze sobą jedwabiem najprzód środkowe brzegi przecięcia obu powięzi, na to katgutem brzuśce obu mięśni prostych, a nad nimi znowu jedwabiem zewnętrzne brzegi powięzi. W ten sposób utrzymana mięsista, dobrze odżywiona ściana, potrafi już uchronić przed nawrotem. Po zabiegu należy nosić opaskę brzuszną aż do utworzenia się silnej blizny w obrębie pola operacyjnego. Przy wyborze sposobu uśpienia należy pamiętać o możliwości następowych wymiotów po chloroformie i morfinie, i dlatego w niektórych przypadkach lepiej zastosować znieczulenie lędźwiowe tropakokainą. *E. Ehrenpreis.*

Dermatologia.

S. Kramsztyk. **W sprawie dyetetycznego leczenia wyprysku u dzieci.** (*Przegl. pedyatr.* T. I., Z. VI.). Ogólnie znana jest uporczywość przewlekłego wyprysku u niemowląt, który Czerny uważa za objaw »skazy wysiękowej«. Niepowodzenia w leczeniu tylko zewnętrznem zniewoliły tak pedyatrów, jak dermatologów do stosowania leczenia dyetetycznego, gdyż za przyczynę skarg uważano przekarmianie i złą przemianę materyi. Czerny zalecił dla tej przyczyny u niemowląt ograniczenie ilości mleka, które nie we wszystkich przypadkach daje wyniki pomyślne. Finkelstein zaś przypuszcza, że w przypadkach tego rodzaju wyprysku następuje zmniejszenie się ciążenia tłuszczu ku solom, wskutek czego nie cała sól podlega złożeniu w ustroju, lecz pozostaje pewna część patologiczna, która właśnie jest w związku z powstawaniem wyprysku. Stąd zaleca się więcej tłuszczu, a mniej soli. Autor na mocy spostrzeganych przez siebie w klinice Prof. Neumanna w Berlinie przypadków nie zgadza się z tem zapatrywaniem, a raczej sądzi, że, chociaż istnieje niewątpliwie wpływ soli na powstawanie wysięków, charakter wad ustrojowych w rodzaju skazy wysiękowej jest daleko bardziej złożony. Dlatego skłania się więcej do leczenia dyetetycznego Czernego, wyjątkowo tylko z ograniczeniem soli, a ze środków zewnętrznych zaleca okłady z octanu glinowego, zaś na wyprysk suchy maść tumenolową (5—10%). *Krzyształowicz.*

Potpeschnig. **Symetryczna zgorzel po płonicy.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1909, T. 96). Autor opisuje przypadek zgorzeli symetrycznej obu kończyn górnych po przebytej płonicy u dwuletniego chłopca, który zmarł wśród objawów posocznicy. Za przyczynę choroby uważa autor zmianę w ośrodkach nerwowych, a nie zgorzel, głównie z powodu symetryi, z jaką tu zgorzel wystąpiła, przypuszczając nerwicę naczyniową lub zaburzenia odżywcze nerwów. Co do związku zaś między płonicą, a zgorzelą symetryczną, stwierdza P., że płonica jest tu albo czynnikiem wywołującym zgorzel, która niejako drzemała w danym ustroju i czekała na jakiś bodziec, któryby ją zbudził, albo że zakażenie płonicze samo jest zdolne wywołać chorobę Raynauda. *Dr Weber.*

Fabry. **O brodawkowej postaci gruźlicy skóry spostrzeganej u górników w kopalniach węgla.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 35). Cierpienie, na które F. zwraca uwagę, występuje bardzo często u górników, jako choroba zawodowa. Cechuje je zawsze siedziba na grzbiecie rąk i przedramienia. Choroba rozpoczyna się rumieniem na skórze. Po pewnym czasie tworzą się brodawkowate narośle, rozszerzające się w postaci pierścieni, nieraz gojące się od środka. Choroba trwa w tym okresie nieraz miesiące i lata, poczem brodawki zaczynają się rozpadać, tworząc owrzodzenia. Badania drobnowidowe wykazują, że chodzi tu o gruźlicę skóry, lecz znacznie osłabioną (tuberkulide), a osłabienie to przypisuje F. pyłowi węglowemu. Co do sposobu powstawania choroby, to F. przypuszcza, że chodzi tu o samozakażenie. Górnicy, pracując w wązkich przestrzeniach, przy kaszlu i kichaniu usuwają wydzieliny stroną grzbietną ręki, która zwykle wskutek pracy jest w licznych miejscach skaleczona. Przypadków takich spostrzegał F. przeszło 200, a oprócz tego, rozesławszy zapytania do lekarzy górniczych, otrzymał zawiadomienie o 130 podobnych spostrzeżeniach. W porównaniu ze zwykłą gruźlicą skóry jest to sprawa łagodna. Najpewniejsze jest leczenie chirurgiczne. W początkach wycina F. ognisko i skórę zdrową zaszywa, gdy zaś zmiany są rozleglejsze, to po zamrożeniu danego miejsca ścina je płasko nożem, gdyż sprawa nie drąży w głąb. Prócz tego stosować można z korzyścią i inne sposoby leczenia, jak kąpiele ręczne po 10—30 minut w 10—20% sodzie, 0,5% nadmanganianie potasu, soli morskiej i t. p., a potem przypalanie (do tego używa F. zgłębnika owiniętego watą) 10% azotanem srebra, formaliną, kwasem karbolowym, sublimatem 1: 100 lub kryształkami nadmanganianu potasu. Także leczenie światłem i promieniami Röntgena, lub zamrażanie kwasem węglowym wiedzie do celu, lecz znacznie wolniej. W przypadkach tych zwykle także i w innych narządach, jak płucach, gruczołach i t. p. spotyka się zmiany gruźlicze, lecz niewielkiego stopnia. — W końcu zwraca się F. do kolegów, ordynujących w kopalniach, zwłaszcza węgla i soli, z prośbą o publikacye podobnych spostrzeżeń. *A.*

Büdinger. **Leczenie brodawek zapomocą zamrażania kelenem.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 37). Wprawdzie usuwanie brodawek nie jest rzeczą trudną i można je ostatecznie chirurgicznie usunąć, mimoto bardzo pożądany w leczeniu jest też sposób inny, któryby nie pozostawiał po sobie blizn, nie wymagał noszenia opatrunku, nie ranił sąsiedniej skóry (n. p. jak przy wypalaniu), nie był bolesny i dawał się w razie nawrotów zastosowywać. Przy chirurgicznem usuwaniu brodawek nieraz jesteśmy w kłopocie, n. p. u robotnika przy licznych brodawkach, gdzie trzeba się liczyć z tem, aby go nie uczynić na czas pewien niezdolnym do pracy. Otóż bardzo łatwo i pewnie dają się usuwać brodawki przez zamrażanie. Każdą brodawkę zamraża się chlorkiem etylu przez minutę. Postępując w ten sposób co drugi dzień, po 2—3 zamrażaniach osiągamy skutek, brodawka częścią odpada, a częścią kurczy się i znika, pozostawiając na pewien czas po sobie zaczerwienienie. Przy głębszych brodawkach odcina się sterczącą część, a resztę zamraża. — Bardzo często przy licznych brodawkach osiąga się także znakomity skutek, zwłaszcza u osób niedokrwistych, przez podawanie arsenu. *K.*

Wirz. **O wodnem leczeniu ubytków skóry.** (*Therap. Monatsh.* 1908, Nr 6). Przy ubytkach skóry stosuje W. od lat 15 z dobrym skutkiem sposób, podany dawniej przez Winternitza dla ran oparzelinowych, a polegający na mokrem traktowaniu rany. Miejsca oparzone pokrywał Winternitz płatkiem z mokrego płótna, który pozostawiał na stałe, a na to dopiero kładł zimne okłady, zmieniając je z początku bardzo często, co kilka minut, celem łagodzenia bolów, a potem rzadziej. Pod takim mokrym opatrunkiem rany goiły się bardzo szybko. Pęcherzy nie usuwał Winternitz nigdy, lecz nakłuwał i przykrywał mokrym opatrunkiem. Płatek płócienny na oparzonej skórze pozostawiał Winternitz nawet 8 dni bez zmiany. Wirz zmienia ten płatek co trzeci dzień, i przy oparzeniach z wyników tego leczenia jest bardzo zadowolony. Nawet przy głębszych ubytkach uzyskuje się szybkie gojenie się i pokrywanie naskórkiem, a blizny są podatne. Wogóle wyniki są lepsze, niż przy leczeniu maściami. Ten sam sposób stosuje też Wirz z dobrym wynikiem i przy rozległych ranach, wrzodach goleni i t. p. N. p. przy wrzodach goleni okoliczną skórę ochrania zapomocą pasty cynkowej, a na wrzód kładzie mokry opatrunek z sublimatu

1: 1000 i okłady, które chory zmienia sobie sam często, by opatrunek był zawsze wilgotny. *K.*

M. Oppenheim. **O przyczynie plam niebieskich** (*maculae coeruleae*). (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1909, T. 96). Na podstawie swych badań doszedł autor do następujących wniosków. Plamy niebieskawe, wywołane jedynie skutkiem nakłucia skóry przez mędoweszki, powstają przez wytworzenie się barwika rozpuszczalnego, który przenika wszystkie warstwy skóry. Barwik ten zaś tworzy się z połączenia się krwi ludzkiej z wydzielinami pasorzyta, który wydziela je w miejscu nakłucia w skórę. *Dr Weber.*

Chajes. **Leczenie chorób skóry swiąd sprawiających zapomocą dziegciu z węgla kamiennego.** (*Dermatol. Zeitschr.* 1909, T. XVI. Z. 9). W ciągu 8 miesięcy leczył autor 64 chorych na rozmaite choroby skóry, ostre, przewlekłe i nieuleczalne. Sposób zastosowania dziegciu węglowego w leczeniu jest zupełnie prosty. Przed leczeniem poleca autor w tych przypadkach, w których cierpienie skóry połączone jest z silnym wysiękiem, dokładne oczyszczenie miejsc zmienionych zapomocą kąpieli, gdyż w przeciwnym razie pod powłoką dziegciu może nagromadzać się wydzielina. Następnie zapomocą pędzla szczecinowego, niezbyt twardego, nakłada się na miejsca chore jednostajnie grubą powłokę dziegciu. O ile nie można było u chorych przychodnich czekać przez 2—3 godzin na wyschnięcie dziegciu, stosowano luźno nałożony opatrunek z gazy, którą po wyschnięciu usuwano. W kilka minut po nasmarowaniu, albo natychmiast, sprawia dziegieć dotkliwe palenie, które jednak po kilkunastu minutach ustaje. W następnym dniu po nasmarowaniu przedstawia miejsce leczone brunatno-czarną suchą powierzchnię. Wraz z warstwą naskórka złuszcza się powłoka dziegciu, zmiany zaś chorobowe w postaci wykwitów pęcherzykowych lub guzkowych występują wtedy jako białawe lub różowawe ostro odgraniczone miejsca wśród brunatno zabarwionej powierzchni skóry. Na podstawie swoich spostrzeżeń uważa autor dziegieć, otrzymywany z węgla przy produkcyi gazu świetlnego, za więcej nadający się do zastosowania w leczeniu niektórych chorób, niż dziegieć drzewny. Dziegieć węglowy różni się od drzewnego w działaniu brakiem podrażnienia skóry, natomiast łagodzi świąd, usuwa obrzęk i zaczerwienienie, działa wysuszająco przy wypryskach sączących; przeciwwskazany jest przy zakażeniach skóry, gdyż pod powłoką dziegciu sprawa ropna może się rozszerzać. *Stopczański.*

Sand. **Czy trąd przenosi się bezpośrednio z człowieka na człowieka?**

Sticker G. **W sprawie etyologii trądu.** (*Monatschr f. prakt. Derm.* 1909, T. 49).

Sand broni zapatrywania, wypowiedzianego przez siebie w r. 1902, że zakażenie trądem następuje przeważnie nie przez bezpośrednie zetknięcie, na mocy spostrzeżeń u 1558 chorych, umieszczonych w zakładzie w Reitgjaerdet (Norwegia). Przedewszystkiem stwierdza, że trąd częstszy jest u mężczyzn, niż u kobiet (787: 434), co tłomaczy tem, że mężczyźni, żyjąc więcej poza domem, narażeni są przy pracy (rybołostwo) na zakażenie. Na 512 małżeństw między trędowatymi a zdrowymi stwierdzono tylko 17 razy trąd u obojga małżonków, a zatem w 97% małżeństw zakażenie nie nastąpiło. W małżeństwach, w których oboje małżonkowie byli chorzy, znaleziono 12·7% dzieci trędowatych, w tych zaś, w których jedno było trędowate — 6·6%; trędowaci ojcowie mieli 5% dzieci chorych, trędowate matki 10·5%. Te wszystkie dane przekonują autora, że trąd rozszerza się z reguły nie bezpośrednio z człowieka na człowieka, ale że najprawdopodobniej działają tu inne czynniki, i że jad przechodzi jakiś okres rozwoju poza ustrojem ludzkim, nim zakazi człowieka.

Sticker roztrząsa podobnie pytanie, czy prątek trądu rozwija się tylko w ustroju ludzkim, czy też istnieje gdzieś w przyrodzie poza ustrojem? Od najdawniejszych czasów istnieje ogólne przekonanie między ludem w Chinach, Japonii, Afryce, Brazylii, Grecyi i półn. Rosyi, że trąd powstaje po użyciu mięsa rybiego, przedewszystkiem jednak po równoczesnem spożywaniu ryb i mleka. Hutchinson jest jedynym autorem, który od początku przemawiał za zakażeniem mięsem rybiem; naturalnie nie wynika z tego, jakoby wszystkie ryby były przyczyną trądu. St. badał ryby, sprzedawane na targowisku w Bergen i stwierdził, że u wielu ryb znajdują się zmiany oczu, głowy i powłok zewnętrznych (owrzodzenia). Przy badaniu mikroskopowem wykazał S. w tych wykwitach obecność prątków, podobnych do tych, które znajdujemy w tkankach trędowatych. *Krzyształowicz.*

Bizard i Levy-Bing. **Grypa rtęciowa.** (*Annal. d. mal. vénér.* 1907, 7). Nazwą »grippe mercurielle« obejmują autorowie szereg objawów chorobowych, występujących pod wpływem rtęci u osobników szczególnie wrażliwych, chociaż dawki nie przekraczają zwyczajnie używanych. Objawy te jednak spostrzega się, w przeciwieństwie do innych oznak zatrucia rtęciowego, tylko po wstrzykiwaniach nierozpuszczalnych soli rtęciowych. Autorowie opisują 3 postacie: 1. asteniczną, której głównym objawem jest znużenie fizyczne i psychiczne; 2. gorączkową z podniesieniem ciepłoty i objawami ze strony przewodu pokarmowego; 3. właściwą grypę z lekką gorączką, ogólnem osłabieniem, bolem w klatce piersiowej i szybkiem, krótkiem, a bolesnem oddychaniem. Nierzadkie są w tej postaci objawy jelitowe i białko w moczu. Rokowanie jest zawsze pomyślne, ale leczenia rtęcią, szczególnie nierozpuszczalnemi solami, należy zaprzestać na dłuższy czas. *Krzyształowicz.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 22 września 1909.

Przewodniczący: K. Jasiński, sekretarz: J. Michalski.

1. Kol. Perlis przedstawił 28-letniego mężczyznę, który zachorował nagle. W dolnej części brzucha zjawiły się bardzo silne bole; wkrótce wystąpiły częste wymioty i zaparcie. Następnego dnia bole o charakterze kolki, bardzo znaczne i częste, ograniczyły się do okolicy prawego dołu biodrowego. Wymioty trwają nadal, brak wypróżnień i wiatrów. Badanie (3. dzień choroby) wykazało bardzo znaczną bębnicę, zniknięcie stłumienia wątroby i obecność znacznej ilości wolnego płynu w jamie brzusznej. Rozpoznanie: *Appendicitis perforativa.* W uśpieniu chloroformowem przy bardzo słabem tętnie i ciężkim stanie ogólnym otwarto jamę brzuszną w okolicy nadpachwinowej. Okolica kątnicy i wyrostek robaczkowy żadnych zmian nie wykazują. Z jamy brzusznej wylewa się sporo przezroczystego płynu surowiczego. Ranę w prawym dole biodrowym zaszyto szwem 3-piętrowym. Laparotomia w linii środkowej: bardzo znaczne wzdęcie okrężnicy poprzecznej i skręt pętli esowatej, która leży w prawej górnej części nadbrzusza. Pomimo rozkręcenia i odprowadzenia pętli esowatej wzdęcie nie ustępuje; nacięto przeto okrężnicę poprzeczną i po wypuszczeniu bardzo znacznej ilości gazów i treści płynnej, pętlę zaszyto szwem Lembert-Czernyego; 3-piętrowy szew ściany brzusznej. Przebieg pooperacyjny zupełnie zadowalniający. Od drugiego dnia wypróżnienia prawidłowe. 8. dnia szwy usunięto. Obie rany zagoiły się doraźnie. Po 2 tygodniach chory wyjechał na wieś. Błędne rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego miało pewne podstawy w wywiadach, chory bowiem przed kilku miesiącami zapadł przy objawach bolów w prawym dole biodrowym i sprawa chorobowa rozpoznana została wtedy przez lekarza ordynującego, jako zapalenie wyrostka. Obecny zaś stan i stwierdzenie wolnego płynu w jamie otrzewnej przy zapadzie, słabem tętnie i podniesionej ciepłocie (przed operacyą 38,2) również upoważniały do przyjęcia tegoż rozpoznania.

2. Kol. Trenkner pokazuje dziewczynkę, mającą rok i 10 miesięcy, z licznymi guzami w jamie brzusznej. Rozpoznanie: **Lymphosarcoma.**

3. Kol. Goldberg przedstawia dziecko z wrodzoną **wadą rozwojową:** szczeliną w kącie ust.

4. Kol. Goldman przedstawia: a) chorą, u której z przyczyny nowotworu złośliwego dokonana została **resekcya obojczyka i łopatki;** po operacyi wystąpiło porażenie prawego n. strzałkowego; c) chorą, u której z przyczyny **ropnia wątroby** wykonano laparotomię; c) chorą, którą operował, przypuszczając, iż chodzi o nowotwór wątroby; podczas operacyi pokazało się, iż był to **kilak.**

5. Kol. M. Cohn przedstawił chorą, u której z powodu zwężenia miednicy dokonano **hebosteotomii.** Ponieważ i po dokonaniu powyższego zabiegu płodu wydobyć nie było można — poród zakończono wymóżdżeniem.

6. W dyskusyi nad demonstracyą Nr 4. kol. Klozenberg przypuszcza, iż przyczyną porażenia nerwu strzałkowego był przerzut nowotworu.

W dyskusyi nad przypadkiem kol. Cohna przemawiał kol. Jasiński.

7. W końcu posiedzenia kol. Goldberg przedstawił preparat serca z krwawemi nacieczeniami, które zdaniem G. powstały wskutek urazu. *I. Michalski.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z d. 18 czerwca 1909.

Po zagajeniu przez wiceprezesa Dra Łazarewicza przedstawiają:

1) Dr Karwowski **rentgenogramy kilku kul, ukrytych w klatce piersiowej.**

2) Dr Jezierski **preparat** drobnowidowy **zarazków trądu** i fotografię chorego. W dyskusyi wspomina Dr Karwowski o leczeniu trądu »nastiną«.

3) Dr Łazarewicz kieszonkową torebkę do analiz Dra Friedmanna oraz maskę twarzowo-głowową Hackenbrucha.

4) Dr Falgowski wygłasza odczyt: **O wynikach badań cystoskopowych po operacyach ginekologicznych.** Prelegent w 53 przypadkach powikłań pęcherzowych po operacyach na częściach rodnych kobiecych badał pęcherz cystoskopem i doszedł do następujących wniosków. Trzy są powody zapaleń pęcherza po operacyi: 1) cewnikowanie, które wyjątkowo tylko bywa aseptyczne; dlatego należy nauczyć chore oddawać mocz w położeniu leżącem; 2) wadliwe anatomicznie przyszycie macicy; 3) nieczyste operacye. Liczby stwierdzone przez mówcę, świadczą, że niesłusznie operacyom pochwowym robi się zarzut, jakoby wywoływały łatwiej zakażenie pęcherza. Najczęściej zachodziło zapalenie szyjki pęcherza wskutek częstego cewnikowania. W jedenastu przypadkach stwierdził F. rozlane zapalenie (*cystitis diffusa*). Obrzęk pęcherza towarzyszył zazwyczaj zapaleniu szyjki pęcherza. Bardzo rzadkie było zapalenie miedniczki nerkowej, bo tylko w 2 przypadkach; natomiast nader często zdarzało się, rzadko zresztą rozpoznane, zapalenie opęcherzowe (*pericystitis*) (16 przypadków), któremu w 6 przypadkach towarzyszyły nacieki w miednicy. Załamanie moczowodu można było stwierdzić w dwóch przypadkach i to po rozrywaniu zrostów.

W dyskusyi zaznacza Dr Pomorski, że może przed operacyą już były cierpienia pęcherzowe u badanych kobiet. Operacye same najwyżej powodują krwawe wybroczyny w pęcherzu, które bardzo szybko się goją. Jeśli zachodziło zapalenie pęcherza, to musiał zajść błąd w cewnikowaniu. Dr Jezierski zapytuje, jak można rozpoznać zapalenie szyjki pęcherza? Dr Karwowski zapytuje, jaką rolę w przypadkach Dra Falgowskiego odgrywał prątek okrężnicy, oraz czy nie zaszedł przypadek inkrustacyi szwów w ścianie pęcherza. Dr Swięcicki uważa operacyę Alexandra-Adama u osób, które jeszcze mogą rodzić, za niezupełnie obojętną. W pracy Spaeta opisano, że na 10 przypadków tej operacyi chore w 6 poroniły. Przy ciąży często zachodzą zaburzenia pęcherzowe, a także i miedniczkowe. Co do rozpoznania zagięć moczowodów, to należy być ostrożnym, by nie uważać prawidłowego wypuklenia za zagięcia. Dr Pomorski wspomina o przypadku, gdzie przy przepuklinie, operowanej przez siebie, naciął pęcherz w niej leżący. Mimo to obyło się bez zapalenia pęcherza. W innym znów przypadku wyjął macicę bez naruszenia pęcherza, a po 10 dniach pęcherz był pełen ropy, zawierającej prątki okrężnicy. Dr Gantkowski kładzie nacisk na przyzwyczajanie chorych do oddawania moczu w leżącej pozycyi. Dr Łazarewicz cewnikuje szklanym cewnikiem Fritscha. Co do zapaleń pęcherza, to przypuszcza, że chodzi nie o samo zakażenie, ale o zmiany w unerwieniu pęcherza, które wywołują brak sprawności i drugorzędnie osiedlenie się bakteryi. Podnosi to także Dr Święcicki. Niedowład można czasem usunąć przez wstrzyknięcie parafiny wokoło ujścia cewki. Mowca wspomina o modyfikacyi Edebohlsa operacyi Alexandra-Adama, t. j. skrócenie więzadeł przez nakłucie otrzewnej. Dr Łazarewicz wspomina, że niedowład pęcherza po operacyi można usunąć przez wlanie 20% borogliceryny do pęcherza zaraz po zabiegu, co wywołuje skurcz pęcherza. Sam spostrzegał niedowład u starszych i mniej inteligentnych chorych, oraz po znieczuleniu lędźwiowem. Wlewa 500—600 gr. wody borowej do pęcherza, co jest silnym bodźcem do wypróżnienia. Dr Falgowski zaznacza, że widocznie źle był zrozumiany, bo materyał jego składał się z 1200 chorych, a z tych tylko u 53 były zaburzenia pęcherzowe, które poddawał specyalnemu badaniu. Z bakteryi znajdował bardzo często prątki okrężnicy, prócz tego paciorkowce i t. p. Leczenie jest najdłuższe przy zapaleniu opęcherzowem. Co do operacyi Alexandra-Adama, to F. bierze ją w obronę; widział wiele kobiet, prawidłowo rodzących po tej operacyi. F. nie przypisuje tak wielkiej roli porażeniu pęcherza, ważniejsze są skaleczenia. Przy zapaleniu opęcherzowem należy dawać wielką ilość płynów i uważać na zlepy wkoło pęcherza. Dr Pomorski zaznacza, że jeśli cystoskopia wykazała granulacye i obrzęk pęcherzowy (*sed. bullosum*), to zmiany te są przewlekłe, a nie powstały po zabiegu. W końcu Dr Jezierski porusza sprawę przechodzenia bakteryi przez nerki i wyraża zdanie, że jeśli niema białka w moczu, to bakterye przeniknąć nerek nie mogą. Dr Święcicki uważa temat ten za bardzo ciekawy i prosi, by Dr Jezierski na temat gruźlicy nerek wygłosił następny odczyt. Przedkłada przy tej sposobności puszkę do wrzucania zapytań i tematów odczytów, według sposobu używanego w Szwajcaryi.

Nastąpiły sprawy zawodowe, w których zabierali głos Dr Święcicki i Dr Karwowski.

Zebranie z d. 17. września 1909.

Na wstępie wiceprezes Dr Łazarewicz poświęca słowa wspomnienia zmarłemu koledze ś. p. Dr Buskiemu, który aczkolwiek pracował w innym zakresie, był dobroczyńcą wszelkich instytucyi narodowych, a także i Pomocy koleżeńskiej, której był jakiś czas prezesem. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

1) Dr Łazarewicz przedstawia wydobyty przez siebie: **myoma lymphangiectaticum** u dziewicy, który wyjął sposobem Kröniga. Tylna ściana macicy jedynie była wolna od narośli. — Dr Święcicki podnosi rzadkość podobnych przypadków, których opisy przypomina sobie w pracach Opitza i Pomorskiego.

2) Dr Jezierski wygłasza odczyt: **O gruźlicy nerek.** Choroba ta przydarza się częściej, niżby można przypuszczać, a zwłaszcza u kobiet. Omówiwszy objawy, przechodzi mowca do rozpoznania, które często jest bardzo trudne. Mianowicie trudno odróżnić w moczu laseczniki mastki. Ułatwia to metoda Forsella i Uhlenhutha. Metody Uhlenhutha J. jednak nie poleca, ponieważ tło zbyt jest niejasne. Wspomina potem o odkryciu Mucha, że ziarnowate zarazki gruźlicze nie są bynajmniej obumarłe, lecz przedstawiają tylko inną postać rozwojową, z której w hodowlach znów wyrastają prątki. Najpewniejszym środkiem rozpoznania jest szczepienie moczu morskim świnkom, zbadanym oczywiście przez poprzednie szczepienie tuberkuliną. Szczepienie w sutek zwierzęcia uważa J. za zbyt brutalne; można szczepić podskórnie koło pachwin, przyczem gruczoły nabrzmiewają i ulegają zmianom gruźliczym. Nie wystarczy jednak stwierdzić tylko istotę choroby, lecz należy także zbadać sprawność drugiej nerki. Służą do tego różne metody, mianowicie indygokarminowa, florydzynowa, mocznikowa, wreszcie kryoskopia. Odczyny oczne Calmetta i Koeppego i metoda elektryczna nie są jeszcze dość wypróbowane. Co do leczenia, to dzięki ulepszonym metodom rozpoznawczym wyniki są bardzo korzystne. Konserwatywnie używa się tuberkuliny i hetolu. — W dyskusyi zaznacza Dr Kapuściński, że według pracy Rolliego także i nerki bez białkomoczu przepuszczają zarazki przy durze. Dr Mieczkowski uważa leczenie zachowawcze w naszym klimacie za bezcelowe. Co do kryoskopii, to Kümmel uważa ją wraz z próbą indygokarminową za wystarczającą. Jeśli po kwadransie w moczu niema indygokarminu, to nerka jest chora. Dr Karwowski zwraca uwagę na trudności stwierdzenia, jaki jest stan drugiej nerki, gdy nie można cewnikować moczowodów i przytacza spostrzeżenia Zuckerkandla nerki o podzielonym moczowodzie, którego jedna część wydzielała prawidłowy, druga zmieniony mocz. Cewnikowanie zdrowego moczowodu uważa K. przy gruźlicy za przeciwwskazane. W niektórych przypadkach promienie Roentgena ułatwiły rozpoznanie. Radca Dr Panieński spostrzegał przypadek, gdzie pobyt w Egipcie bardzo korzystnie wpłynął na nerkę chorą. Metodę Uhlenhutha uważa P. za niepraktyczną. W końcu Dr Jezierski odpowiada na postawione zapytania.

3) Dr Gantkowski zdaje sprawę z pierwszego Zjazdu internistów polskich w Krakowie i streszcza wykłady Dr Rzętkowskiego, Dr Brudzińskiego, Dr Dłuskiego, Dr Krokiewicza, Dr Sokołowskiego, Dr Janczewskiego, Dr Brunnera, Prof. Dr Kleckiego, Dr Kozerskiego i Prof. Dr Jaworskiego. Mówca wyraża żal, że nasza dzielnica nietylko bardzo nielicznych wysłała

przedstawicieli, ale prócz jednego referatu mówcy, nie zdobyła się na żaden przyczynek do Zjazdu. Radzi zapraszać na nasze zebrania kolegów z Galicyi i Królestwa z wykładami, co popierają i inni koledzy.

4) Dr Jarnatowski referuje o międzynarodowym Zjeździe w Budapeszcie, na którym niestety nie uwzględniono dostatecznie komitetu polskiego. *Dr Adam Karwowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: z Krakowa: Dr Blassberg; z Tarnowa: Drowie Fränkel, Israel, Kowalski, Rogalski, Schützer, Silbiger, Trammer, Zbigniewicz; z Rzeszowa: Drowie Dornfest, Elsner, Herz, Koeppel, Kraus, Nieć, Strasser, Zagórski, Zimmermann; z Kolbuszowy: Dr Billig; z Jasła: Drowie Lanes i Potok; ze Lwowa: Doc. Dr Szumowski.

Ze Związku krajowego lekarzy. Grono lekarzy krakowskich wniosło do wydziału Związku pismo z prośbą o wyjaśnienie, czy prawdą jest, że przy powstającej w Krakowie »Lecznicy Związkowej« ma być otwarta poliklinika dla leczenia ambulatoryjnego zgłaszających się chorych.

Wydział Związku na skierowane w tej sprawie do Dyrekcyi »Lecznicy Związkowej« zapytanie otrzymał odpowiedź, którą niżej podaje do wiadomości Kolegów, celem rozproszenia ich obaw.

»Do Szanownego Związku krajowego lekarzy w Krakowie. W odpowiedzi na pismo z dnia 5. listopada b. r. L. 167/09 mam zaszczyt oświadczyć niniejszem, że *zupełnie nie jest zgodne z prawdą*, by przy Lecznicy Związkowej, spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w Krakowie, miała być otwarta *poliklinika*. W myśl brzmienia § 2. statutu Lecznicy »celem spółki jest wybudowanie, urządzenie i prowadzenie zakładu leczniczego w Krakowie i leczenie w nim chorych według najnowszych wymagań i zdobyczy wiedzy lekarskiej w zakresie wszystkich chorób z wyjątkiem zakaźnych i umysłowych«. W Lecznicy może umieszczać swych chorych każdy lekarz, stojący poza gronem udziałowców i leczyć ich, względnie wykonywać u nich wszelkie zabiegi operacyjne, — a udziałowcom przysługuje tylko prawo pierwszeństwa w umieszczaniu chorych. Wreszcie uważam za właściwe dodać dla zupełnie szczegółowego wyświetlenia sprawy, że w budynku lecznicy znajdują się obok pokojów dla chorych, obok przestrzeni operacyjnych podwójnych, t. j. dla zabiegów aseptycznych i obok administracyjnych urządzeń, także następujące zakłady: 1) zakład ortopedyczny; 2) zakład dla leczenia zachowawczego schorzeń ginekologicznych wraz z zakładem dla elektroterapii; 3) zakład dla cystoskopii; 4) zakład dla wodolecznictwa; 5) zakład rentgenowski; 6) pracownie. Wszystkie wymienione zakłady są urządzone wyłącznie w celu leczenia chorych, tak stale przebywających w Lecznicy, jakoteż skierowanych w celu leczenia przez udziałowców, względnie innych lekarzy, a niema nigdzie w Lecznicy urządzenia, gdzieby się bezpłatnie lub za jakiemś zniżonem wynagrodzeniem (honoraryum) udzielało komukolwiek porady lekarskiej. Słowem spółka lekarzy otworzy w najbliższym czasie »lecznicę«, odpowiadającą wymogom postępu i nauki, a nie żadną »poliklinikę«. Proszę przyjąć powyższe oświadczenie do łaskawej wiadomości i ewentualnego zużytkowania. W imieniu Dyrekcyi Lecznicy *Prof. Dr Stanisław Dobrowolski* m. p.

Wydział Związku krajowego lekarzy.

Sekretarz: *Weinsberg.* Prezes: *Wicherkiewicz.*

Walne zgromadzenie delegatów Związku państwowego org. lek. austr. w Wiedniu w d. 23. i 24. XI. zajmie się oprócz spraw administracyjnych (sprawozdania z czynności i stanu funduszów, wybory, przyjęcie do Związku organizacyi morawskiej, galicyjskiej i śląskiej, zatwierdzenie układu z organizacyą lekarzy-Czechów) następującymi przedmiotami: 1) Ubezpieczenie społeczne. 2) Projekt nowej ustawy karnej. 3) Stosunek lekarzy do Towarzystw ubezpieczeń na życie. 4) Opodatkowanie lekarzy. 5) Regulamin ogłaszania ostrzeżeń i bojkotów. 6) Kooptacya prezesa Wydziału wykonawczego Izb lekarskich do Wydziału Związku. 7) Wyzysk lekarzy kolei południowej. 8) Umowy z lekarzami ościennych państw na wypadek bojkotów. 9) Sprawa rezolucyi i memoryałów co do ubezpieczenia społecznego. 10) Kataster lekarzy. 11) Kontrakty lekarzy gminnych. 12) Reorganizacya Najwyższej Rady Zdrowia; powołanie do niej przedstawicieli lekarzy gminnych, kasowych i wolno praktykujących. 13) Sprawa ustawy epidemicznej i sanitarnej. 14) Sprawa lekarzy kolejowych na Bukowinie. 15) Praktyka prywatna lekarzy rządowych. 16) Mianowanie lekarzy-praktyków członkami krajowych Rad Zdrowia. 17) Sprawa techników dentystycznych. 18) Podatek od wód mineralnych. 19) Rachunki lekarskie. 20) Ogłaszanie sprawozdań z czynności prezydyum i organizacyi. *R.*

Cavete! Państwowy Związek org. lek. austr. ogłasza bojkot posady w kasie chorych Towarzystwa »Verband der Genossenschaftskrankenkassen Wiens« w Baden. Natomiast ustaje bojkot posad w Nassereith i Prein, gdzie Związek uzyskał spełnienie swych żądań. *R.*

Ankieta w sprawie ubezpieczenia społecznego odbyła się w Wiedniu 17. XI. b. r. za staraniem parlamentarnej komisyi dla ubezpieczenia społecznego pod przewodnictwem prezesa komisyi, posła Prof. Dra Buzka, z udziałem przedstawicieli ministerstwa spraw wewn., pracy i skarbu, oraz pracodawców, urzędników prywatnych i lekarzy. W ankiecie uczestniczył Dr Papée ze Lwowa. Przedstawiciele pracodawców i urzędników oświadczyli się za usunięciem wogóle wszelkiej granicy dochodu, dającej prawo do ubezpieczenia w kasach chorych, lekarze zaś — ze znanych powodów, — za ustanowieniem granicy 2400 kor., jak w projekcie rządowym. *R.*

Projekt samorządu miejskiego w Królestwie rozpatruje ze względu na sprawy sanitarne i higieniczno-społeczne Dr Józef Zawadzki w »Kuryerze warszawskim« (Nr 315 i nast.). W projekcie brak przekazania istniejących już szpitali organom samorządnym, jasnego sformułowania sprawy zwalczania nierządu i chorób wenerycznych; dalej projekt pozostawia władzom administracyjno-policyjnym nadzór sanitarny w zbyt szerokim zakresie. Zaletą zaś projektu jest oddanie w ręce samorządu sprawy środków żywności, organizacyi pomocy lekarskiej dla ludności i instytucyi dobroczynnych. *R.*

Doroczne sprawozdanie Związku lipskiego lekarzy niemieckich zawiera niektóre ciekawe szczegóły. Ilość członków wzrosła z 21.210 na 22.440, obejmuje zatem 93% ogółu lekarzy niemieckich. Przychody i rozchody wynosiły przeszło $1/2$ miliona marek. Okrągło 25.000 posad obsadziło biuro pośrednictwa pracy, przy Związku istniejące. Walk z kasami i to na korzyść lekarzy stoczono w roku sprawozdawczym 107; żadnej nie przegrano. Ciężka walka w Kolonii, największa i najdonioślejsza z pośród wszystkich dotychczasowych, rozpoczęła się pierwszego lutego 1909. Związek kas chorych zdołał w całych Niemczech ledwo 50 renegatów nazbierać; mała to gromadka wobec przewagi uświadomionych i zorganizowanych lekarzy. Wielki kapitał i rząd stoją po stronie kas, ale niezrażeni tem lekarze trwają w walce, i już na setki tysięcy liczą się dobrowolne datki kolegów na popieranie walczących. A więc i tę próbę przetrwa Związek zwycięzko. — Dalej ważną czynnością Związku było wystąpienie przeciw nowemu projektowi ubezpieczenia społecznego w państwie niemieckiem. Projekt ten obejmuje 1793 paragrafów, 17 paragrafów odnosi się do stosunku lekarzy do kas chorych. Dla załatwienia i rozstrzygania sporów między lekarzami i kasami mają powstać trzy instancye: komisye pojednawcze (Einigungskomissionen), wydziały rozstrzygające (Schiedausschüsse) i izby rozstrzygające (Schiedskammern). Tylko w pierwszej instancyi mają lekarze równą ilość głosów z nie-lekarzami, natomiast w wyższych instancyach przeważają przedstawiciele kas, pracodawców i rządu tak, że lekarze są z góry skazani na łaskę nieprzychylnej większości. Orzeczenie izby orzekającej jest ostatecznem, niema więc od niego odwołania (§ 446) i ma znaczenie prawomocnego sądowego wyroku (§ 448). Orzeczenie takie może zmusić lekarza do wykonywania czynności lekarskich w określonym czasie, względnie do zapłacenia kasie odszkodowania (§ 449). Gdyby sporne strony nie chciały się pogodzić i gdyby przez trwanie strejku cierpieli z braku pomocy lekarskiej członkowie kasy, wtedy może centralna władza krajowa zarządzić wydanie wyroku przez izbę rozstrzygającą, a do wyroku tego ma zastosowanie §§ 448 i 449. Nieważne są umowy, w którychby zamieszczono punkt, że strony zrzekają się prawa odwołania do wydziału lub izby rozstrzygającej. Niedopuszczalne jest honorowe dochodzenie wobec lekarza, dentysty lub aptekarza za odwołanie się do wydziału lub izby rozstrzygającej, lub za poddanie się ich orzeczeniu (§ 456). Z początkiem maja wydał Związek w tej sprawie okólnik do wszystkich lekarzy w Niemczech. Wszystkie stowarzyszenia lekarskie

uchwaliły bardzo ostre rezolucye przeciw projektowi. Obecnie podpisują zorganizowani lekarze oświadczenie, że odmawiają wszelkiego udziału w prowadzeniu i przeprowadzeniu projektu i że zaniechają wszelkich czynności w kasach chorych, jeśliby przepisy o służbie lekarskiej w kasach uzyskały moc ustawy według obecnego lub podobnego projektu; dalej obowiązują się lekarze traktować chorych kasowych tak samo, jak prywatnych, nie wystawiać im żadnych świadectw dla kas chorych, jakoteż przy zapisywaniu leków żadnych przepisów kasowych nie przestrzegać. — W odpowiedzi na to kongres niemieckich kas chorych powziął uchwałę, domagającą się ni mniej, ni więcej, tylko »żeby lekarze, którzy dotąd w kasach pracowali, byli obowiązani, za opłatą najniższej taksy lekarskiej, leczyć także w razie sporów członków kas chorych i ich rodzinę. Na lekarzy, którzyby wzdragali się to uczynić, należy nakładać kary pieniężne, a gdyby lekarz trwał w uporze, lub gdyby odmówił pomocy ciężko choremu, należy mu odebrać dyplom«. — Równocześnie i pośród lekarzy kas chorych znaleźli się niezadowoleni z akcyi Związku lipskiego i utworzyli w maju 1909 przeciw Związkowi lipskiemu — Związek państwowy lekarzy niemieckich. Związek ten jednakże przyczynił się tylko do tem świetniejszego zadokumentowania się potężnej jedności lekarzy niemieckich. Z końcem czerwca zebrał się »Wiec lekarzy niemieckich» w Lubece. Oddziałem gospodarczym Wiecu jest Związek lipski. Że i rządowi niemieckiemu nie obojętnym był ten wiec, dowodzi tego fakt, że v. Bethmann-Hollweg (obecny kanclerz państwa) nadesłał do przewodniczącego rodzaj komentarza do owych przez lekarzy najgoręcej zwalczanych paragrafów projektu, w celu uspokojenia jeszcze w ostatniej chwili obaw stanu lekarskiego. Wiec jednak przekazał cały ten elaborat rządowy wydziałowi gospodarczemu, t. j. Związkowi lipskiemu, jako materyał do memoryału do rządu. Na wiecu po referacie, skierowanym przeciw projektowi rządowemu, zabrał głos Dr Reichel, jeden ze znanych przeciwników akcyi Związku lipskiego i ku ogólnemu niemałemu zdziwieniu przyłączył się bez zastrzeżeń do referatu. Eo ipso zgłosił swą upadłość »Związek państwowy lekarzy niemieckich«. Z przeróżnych oznak można wnosić, że projekt rządowy ulegnie zmianie na korzyść lekarzy. Mimoto Związek lipski nie zasypia sprawy i czyni dalsze przygotowania do walki. *Stahr.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 31. X. do 6. XI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † 3 (w tem obcych 4 † 1), płonicy 34 † 4 (3 † —), odry 184 † 7 (— † —), duru brzusznego 8 † 2 (3 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. XI. do 13. XI. zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 4 † —), płonicy 7 † 1 (5 † —), odry 2, duru brzusznego 7 † 1 (7 † —), róży 1. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 17. X. do 30. X. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 27 † 5, odry 14, płonicy 36 † 3, róży 25, błonicy 9 † 2, duru brzusznego 26 † 9, duru plamistego 6 † 2, duru powrotnego 3, grypy 5, czerwonki 2 † 1. (*Gaz. lek.* Nr 46).

† Dr Edward Korniłowicz.

Zmarły 15. listopada b. r. w 61. roku życia Dr Edward Korniłowicz był jednym z najwybitniejszych przedstawicieli psychiatryi wśród starszego pokolenia lekarzy warszawskich.

Urodzony w Twerze, nauki gimnazyalne przebył w Kownie i w Warszawie, studya lekarskie w Warszawie. Ukończywszy medycynę w r. 1874, był przez lat 5 ordynatorem kliniki psychiatrycznej uniwersytetu warszawskiego, poczem w r. 1878 został mianowany kierownikiem oddziału psychiatrycznego w wojskowym szpitalu ujazdowskim w Warszawie; na tem stanowisku dosłużył się wysokiej rangi. W najszerszych kołach lekarzy i społeczeństwa cieszył się wielkiem uznaniem i szacunkiem dla swej głębokiej wiedzy, gorliwej pracy i zalet charakteru.

W ruchu piśmienniczym, naukowym i społecznym brał żywy udział. Należał do grona wydawców »Gazety lekarskiej« od jej założenia, był jednym z założycieli »Towarzystwa opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi« i uczestniczył czynnie w przygotowaniu I Zjazdu neurologów i psychiatrów polskich. Drukiem ogłosił m. i.: »Kilka przypadków obłędu pijackiego« (1880), »Przyczynek do wpływu leczniczego ostrych cierpień gorączkowych na choroby umysłowe« (1881), »Psychoza powstała pod wpływem zatrucia jadem tyfusu brzusznego« (1882), »Paralysis agitans«, »Dwa przypadki pląsawicy połowicznej« (1883), »O barwieniu ciał w mózgu i rdzeniu kręgowym« (1884).

Smierć ś. p. Dra Korniłowicza jest poważną stratą na wszystkich polach, na których działalność Jego zaznaczała się pomyślnymi wynikami.

† Dr Stanisław Cięglewicz.

Z niezbyt licznego grona tych lekarzy, którzy uciążliwą czynność praktyczną na prowincyi umieją pogodzić z działalnością piśmienniczą i społeczną, ubył dzielny pracownik.

Urodzony w Jaśle w r. 1850, ukończył Dr Stanisław Cięglewicz gimnazyum w Tarnowie, a studya lekarskie w Krakowie, gdzie w r. 1876 uzyskał dyplom doktorski. Osiadłszy w mieście rodzinnem, gdzie objął stanowisko lekarza miejskiego i gdzie był aż do r. 1881 lekarzem szpitala miejscowego, zdobył sobie rychło wzięcie wśród ludności całej okolicy. Nabytem doświadczeniem dzielił się z ogółem kolegów, ogłaszając drukiem już począwszy od r. 1877 szereg prac w »Przeglądzie lekarskim«. Ogłosił m. i.: Sprawozdanie ze szpitala jasielskiego i przyczynki do sprawy przepuklin (1877), »Smierć nagła w rekonwalescencyi po dyfteryi« (1878), »W sprawie wątpliwości w orzeczeniach sądowo-lekarskich« (1892), »Lecznicze działanie ichtyolu w nieżytowem zapaleniu błony śluzowej krtani« (1898), »Kilka spostrzeżeń kazuistycznych nad kiłą trzeciorzędną« (1901).

W trudnych naszych warunkach odnawia się zastęp działaczy, szerzej pojmujących swe obowiązki i zadania, zbyt powoli, toteż zgon jednego z kroczących w pierwszym szeregu wytwarza nieprędko zapełniającą się lukę.

Wiadomości bieżące.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Delegacya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości, że **XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich** odbędzie się **w r. 1911 w Krakowie.** Prezydyum komitetu gospodarczego Zjazdu tworzą: Prof. Dr Julian Nowak, prezes, Prof. Dr Walery Jaworski i Prof. Dr Edward Janczewski, wiceprezesi, Prof. Dr Stanisław Dobrowolski, skarbnik, Prof. Dr Ludwik Bruner, sekretarz generalny.

Kraków, dnia 20. listopada 1909.

Sekretarz: *Ciechanowski.* Prezes Delegacyi: *Merunowicz.*

Kraków. Kursa dla lekarzy na Wydziale lekarskim U. J. rozpoczną się 2. XII. b. r. Koledzy, zamierzający uczestniczyć w kursach, zechcą nadesłać zgłoszenia ile możności **niezwłocznie** pod adresem Prof. Ciechanowskiego (Wielopole 4), Prof. Dobrowolskiego (Podwale 2) lub Prof. Krzyształowicza (Basztowa 6), ze względu na niektóre kursa o ograniczonej liczbie uczestników.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 17. XI. 1909 posiedzenie, na którem toczyły się rozprawy na temat »Grunta pofortyfikacyjne i Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego«. Na posiedzeniu byli obecni: krajowy referent sanitarny r. dw. Dr Merunowicz, wiceprezydenci miasta Dr Szarski i st. r. Sare, poseł Prof. Sikorski, radca bud. m. inż. Kłeczek, liczni lekarze i technicy i przedstawiciele prasy. Sprawę przedstawiali Prof. Dr Nowak, radca Kłeczek, Dr Janiszewski i Prof. Sikorski. Dalszą dyskusyę odłożono na następne posiedzenie.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie WP. Drowi Bogdanikowi za ofiarowane bibliotece książki. Bibliotekarz: *Dr Blassberg.*

— Na walnem zgromadzeniu Towarzystwa stomatologów polskich d. 9. XI. wybrani zostali: Prof. Dr Łepkowski prezesem, Dr Merunowicz wiceprezesem, Dr Sędzielowski skarbnikiem, Dr Josse sekretarzem, Dr Steinberg, Dr Praetzel, Dr Mirtenbaum i p. Jachimowicz członkami Wydziału.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« zawiadamia, że z powodu bezrobocia introligatorskiego ukaże się kalendarz z druku nie 20-go, lecz z końcem listopada.

Lwów. Na posiedzeniu Wydziału Izby lek. wsch.-gal. w d. 11. X. 1909 rozdzielono dla wdów 17 zapomóg po 100 kor. z funduszów, nadesłanych ze Związku Towarzystw lekarskich, uchwalono zwołać ankietę w sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej lekarzy okręgowych, uchwalono poprzeć protest lekarzy kolei południowej przeciw bezpłatnemu leczeniu rodzin urzędników, rozpatrzono i zaopiniowano wnioski, przedstawione przez inne Izby Wiecowi Izb lekarskich, oraz załatwiono szereg spraw drobniejszych. — W d. 21. X. 1909 odbył Wydział Izby wspólnie z Wydziałem Związku lek. okręgowych przy udziale R. dw. Dra Merunowicza i prezydenta Izby lek. zach. gal. posiedzenie w sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych; po wyczerpujących obradach uchwalono wnieść w tej sprawie memoryał do Wydziału kraj. i do Namiestnictwa.

— Wydział Izby lekarskiej wsch.-gal. uchwalił na posiedzeniu d. 27. X. 1909 ogłosić w dziennikach komunikat w sprawie podwyższenia honoraryów; zaopiniował rachunki 3 lekarzy; polecił delegatowi, wybranemu na Wiec Izb w osobie Dra Festenburga, oświadczyć się na Wiecu w sprawie ubezpieczenia społecznego za ograniczeniem ubezpieczenia w kasach chorych do płac poniżej 2400 kor. rocznie, za stworzeniem komisyi ugodowej między kasami a lekarzami, za stworzeniem komisyi kontraktowych z ingerencyą Izb, za systemizowaniem katedr medycyny społecznej i za wciągnięciem do ubezpieczenia ludności wiejskiej, a w sprawie specyfików przeciw opodatkowaniu ich na fundusz zapomogowy lekarzy, w Wydziale wykonawczym Izb zaś poruszyć upośledzenie Galicyi w Najwyższej Radzie Zdrowia i bronić postulatu co do udziału Izb w tej Radzie, uchwalił w sprawie posady lekarza miejskiego w Starym Samborze zebrać informacye, podobnież w sprawie spoczynku niedzielnego w zakładach dentystyczno-lekarskich; wydał opinię w sprawie 2 aptek; uznał za bezprzedmiotowe doniesienie na Dra N. w N. o wydanie rzekomo fałszywych świadectw; uchwalił na wniosek Dra Mikołajskiego na osobnem posiedzeniu zbadać przyczyny niepowodzenia dotychczasowej akcyi w sprawie organizacyi lekarzy w Galicyi i obmyśleć lepsze dla niej warunki; przyjął na rzecz wdów i sierót po lekarzach dar Dra Gruszkiewicza z Tarnopola w kwocie 178 kor. 90 hal.

— Liczba prenumeratorów pisma lekarskiego w języku esperanto »Voco de kuracistoj«, wydawanego przez Dra Mikołajskiego, przekroczyła 1000, z czego na Polaków przypada około 100.

Warszawa. W ciągu pierwszego roku istnienia sanatoryum ludowego w Rudce leczyło się w niem 248 chorych przez 22.265 dni. Poprawę osiągnięto u 75% leczonych.

— Magistrat projektuje przytułek położniczy przy ul. Karowej na 35 łóżek kosztem 126.360 rb.

— Wyszedł z druku zeszyt 210. »Odczytów klinicznych«, zawierający rozprawę Dra Alfreda Sokołowskiego: »Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej«.

Z różnych stron. W Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu mają być począwszy od bieżącego roku szk. wprowadzone egzamina wstępne.

— Wielkie wzburzenie w Niemczech wywołało mianowanie niejakiego Dra Kleina, znanego »lekarza naturalnego« i przeciwnika nauki medycyny wogóle, profesorem uniwersytetu. Dr Klein należy do tych, którzy twierdzą, że bakteryologia, anatomia patologiczna i t. p. nie mają racyi bytu, leczenie surowicami jest oszukiwaniem ludzi i t. p. I taki człowiek przemawiać będzie obecnie z katedry! *X.*

— Jakie stosunki panują na wydziałach lekarskich w Austryi, dowodzi okoliczność, że dotąd nie można znaleść kandydata na katedrę okulistyki w Wiedniu po śmierci profesora Schnabla. Nic w tem dziwnego, skoro rząd wcale nie zamierza nietylko budowy nowej kliniki, ale nawet adaptowania obecnej. *X.*

— Kollegium lekarskie w Hamburgu przestrzega przed t. zw. proszkami menstruacyjnymi, które ukazały się w handlu pod różnemi nazwami, jak: femina, mimosa, nikongi, geisha, japano, katamenien, regina, tabor i t. p. Proszki te składają się poprostu ze sproszkowanego rumianku rzymskiego i kosztują 3—5 marek! *X.*

Mianowani: Doc. Dr Loewi z Wiednia profesorem farmakologii w Gracu; Doc. Dr Wiechowski nadzw. profesorem farmakologii w Pradze (na wydziale niemieckim); Dr Cocq profesorem położnictwa w Brukseli.

Zmarli: okulista Doc. Natanson w Moskwie, ginekolog Prof. Reynolds w Bostonie, ginekolog Prof. Lindfors w Upsali, patolog b. Prof. Mayet w Lyonie;

Dr Feliks Sylwestrowicz, lekarz miejski w Mińsku litewskim, w 46 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 24. listopada 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym dalsze rozprawy na temat: »Grunta pofortyfikacyjne i Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego«.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie od 2—23. grudnia 1909.

Wyjaśnień udzielają i zgłoszenia przyjmują Prof. Ciechanowski (Wielopole 4), Prof. Dobrowolski (Podwale 2), i Prof. Krzyształowicz (Basztowa 6).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26. listopada do 2. grudnia 1909.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dnie powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się we środę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakteryj chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Nowak wspólnie z asystentami Dr Szymanowskim i Dr Rajchmanem: Praktyczny kurs bakteryologii: 1) Dyagnostyka bakteryologiczna chorób zakaźnych. 2) Metodyka serodyagnostyczna: aglutynacya, odchylenie komplementu (odczyn Wassermanna i t. p.), opsoniny. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 koron. Najmniej 5 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Mięsowicz: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej (Kopernika 15) w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej (Kopernika 15). 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mające. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz wspólnie z asystentem Dr Landauem: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5–6 popołudniu. Czesne 20 koron Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika; ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godz. 9–11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8—10 rano. Czesne 20 kor. Najmniej 5 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem Dr Witalińskim: Ćwiczenia w rezpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8–10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5—7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8–10, w czwartki i piątki od $8^1/_2$ do 10 rano. Czesne 20 koron Najmniej 15 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8–10, w soboty od 9–10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami Dr Cetnarowskim, Przybylskim i Schlankiem: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Prof. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8–9.	Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10.	Dermatologie i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.
	Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
	Chirurgia (Prof. Rutkowski) codz. prócz sobót.
9—10.	Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11.	Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.
10–11.	Położnictwo (Prof. Dobrowolski) codz.
10–12.	Pedyatrya (Prof. Lewkowicz). Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—1.	Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki.
12—1.	Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona.	Medycyna wewn. (Doc. Mięsowicz, Doc. Latkowski) 4 godz. tyg.
3—5.	Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
4—5.	Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6.	Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6.	Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid) codz.
4–5.	Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
5—7.	Badania laryngol. (Prof. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—8.	Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) wtorki, czwartki.
Pora popołudn. na razie nie oznaczona.	Wziernikowanie oka.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Feolathan. Dr E. Schwarz, sekund. w »Allg. Krankenh.« w Wiedniu, poleca w Oesterr. Aerzte-Ztg 1909. Nr 19. gorąco ten przetwór żelaza (wyrobu firmy Goedecke i Sp. Berlin). S. uważa go za najłatwiej rozpuszczalny i najzdolniejszy do asymilacyi przetwór żelaza, a to wskutek połączenia ferro-ammonium z kwasem mlecznym. Przetwór ten nie zawiera białka, w przeciwstawieniu do licznych innych organicznych przetworów żelaza. Białka unikano z powodu, że przy wprowadzaniu do ustroju żelaza organicznego zawierającego białko, żelazo dopiero zaczyna wówczas swe działanie, gdy ustrój przez czynność trawienną odszczepił białko. Tej niepotrzebnej i nieproduktywnej pracy odszczepiania chciano przy podawaniu »Feolathanu« ustrojowi zaoszczędzić.

Liczne doświadczenia Schwarza stwierdzają obok zdolności łatwego wessania się także i to, że żołądek i jelita dobrze przetwór ten znoszą. Apetyt utrzymywał się, ciężar ciała podnosił się. Feolathan znosili dobrze tacy chorzy, u których inne przetwory żelaza sprawiały dolegliwości. Objawów ubocznych nigdy nie spostrzegano.

Sposób podania: pigułki 3 razy dziennie 2–3. Jestto sposób zażywania, dla chorych milszy aniżeli w płynie, przyczem zawsze zachodzi obawa uszkodzenia zębów. *Dr. W.*